

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*14.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  -
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
- FG12
  -
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG21
  -
  -
- FG23
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -
- Presse
  -
- IBBS
  -
- P1
  -
  -
- P4
  -
  -
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
- BZgA
  -
- BMG
  -



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ > 70,96 Millionen Fälle, > 1,6 Mio. Todesfälle (2,3%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage: USA, Brasilien, Indien, Russische Föderation, Türkei, Deutschland, Großbritannien, Italien, Frankreich, Ukraine. Einige Länder (Indien, Türkei, Italien, Ukraine) weisen abnehmende Trends auf.	ZIG1

	o 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. o 82 Länder überschreiten diesen Schwellenwert o Neu hinzugekommen: Südafrika, Namibia, Uruguay, Falkland Islands, Dominikanische Republik o Länder herausgefallen: Botswana, Cabo Verde o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH o Keine Veränderung seit 09.12.2020 o 3 Länder mit <50/100.000 Einw. : Norwegen, Irland, Island o Zusammenfassung: >4 Mio. Fälle in den letzten 7 Tagen, davon in Afrika 2,6% (v.a. Südafrika, Marokko, Tunesien, Uganda, Libyen), in Amerika fast 50% aller Fälle (v.a. USA, Brasilien, Mexiko, Kolumbien, Kanada), in Asien 12% (Indien, Iran, Indonesien, Pakistan, Jordanien) und in Europa fast 40% (Russland, Türkei, Deutschland, Großbritannien, Italien) o Ab nächster Woche keine Präsentation zur internationalen Lage mittwochs mehr.	
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.337.078 (+16.362), 21.975 (1,6 %) Verstorbene (+188) 50 GÄ haben am WE nicht ermittelt, für einen Sonntag hohe Fallzahlen o 7-Tage-Inzidenz 176/100.000 Einw.; o 4-Tage-R: 1,12 (0,96 – 1,33) , 7-Tage-R: 1,06 (0,98-1,17), R steigt an o ITS (Datenstand 13.12.2020): 4.552 (+61), invasiv beatmet: 2.602 (+60) o Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen stark führend mit Anstieg, gefolgt von Thüringen, steigende Inzidenzen bundesweit (auch MV und SH hatten letzte Woche steilen Anstieg), lange ein Plateau im November, seit letzter Woche sichtbarer Anstieg o 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 7 LK > 500-1000/100.000, 49 LK mit > 250-500/100.000; nur noch 1 LK 7-Tage-Inzidenz von 5 bis 25/100.000, die meisten LK (290) mit 7-Tage-Inzidenz >100-250/100.000. o Verteilung der Kreise nach 7-Tage-Inzidenz und Meldewoche (Farbskala von grün bis pink von niedrigen zu hohen 7-Tage-Inzidenzen, wobei in pink die Anzahl der LK mit 7-Tage-Inz. über 200 dargestellt ist): Ab KW 41 zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Anzahl der Kreise mit hohen Inzidenzen. o Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe nur bis KW 47 aufgezeigt, da in den nachfolgenden KW von unvollständigen Daten auszugehen ist: in den KW 36 bis 47 zeigt sich ab der Altersgruppe der >80-Jährigen ein hoher Anteil Verstorbener, allerdings muss berücksichtigt werden, dass schwere Fälle durch das Meldesystem besser als leichte Fälle erfasst werden.	FG32
	[geschwärzt] o [geschwärzt]	FG37

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** Schnelle Datenerhebung (Folien hier) • Verschiedene Erhebungen wurden durchgeführt, darunter Corona-Monitoring lokal (Auswertungen in Hotspots), Blutspender-Surveillance (keine Zufallsstichprobe), Corona-Bundesweit (repräsentativ); d.h. es liegen kurzfristig repräsentative Daten zur Seroprävalenz vor; jedoch sind keine weiteren kurzfristigen Daten in Kooperation mit SOEP zeitnah geplant. • In Großbritannien werden verschiedene Studien durchgeführt, darunter REACT-1 und Covid-19 Infection Survey. • REACT-1 nicht 1:1 auf Deutschland übertragbar (anderes System, keine ähnliche Stichprobe möglich), RKI-Panel ähnlich dem Covid-19 Infection Survey könnte aufgebaut werden. • Mithilfe der RKI Infrastruktur wären Befragungen und Versendungen von Testkits denkbar über folgende Wege: ○ Über Datenspende (nicht zufallsbasiert), weitere Erhebungen unterschiedlicher Art am RKI (z.B. GrippeWeb) oder Aufruf zur Teilnahme wären hohe Fallzahlen möglich, aber nicht repräsentativ. ○ Verschiedene Samples verfügbar (z.B. GEDA, EMA-Stichprobe, Covimo Befragung, KiGGS, Corona Monitoring Lokal) mit insgesamt geringerer Fallzahl, aber Repräsentativität. • Die Problematik zeigt auf, dass es wichtig wäre, bereits jetzt ein nachhaltiges RKI-Panel aufzubauen, auch wenn dies aufgrund des Aufwands nicht zeitnah einsatzfähig wäre. Es besteht die Gefahr, dass ohne ein solches Panel das Problem in kürzester Zeit erneut auftauchen könnte. Eine Studie ähnlich zu REACT-1 oder dem Covid-19 Infection Survey müsste a.e. über das Einwohnermeldeamt laufen und würde großen Aufwand bedeuten. Abt. 2 braucht dringend Unterstützung in Hinblick auf den Aufbau eines RKI-Panels; letzteres wurde bereits im Rahmen von RKI2025 an das BMG berichtet. • Hinsichtlich der Nutzung der Datenspende müsste das Datenschutzkonzept neu erstellt werden, aber dieser Weg wäre prinzipiell machbar. • Selbstabnahmestudien sind mit Bias behaftet; es ist unklar, ob Personen mit besonders hohem oder besonders niedrigem Risiko teilnehmen. Aussagen solcher Studien sind nicht stark belastbar. • Nach Erwähnung im Pressebriefing wurden 1.300 neue Teilnehmer*innen für GrippeWeb registriert; bei entsprechenen Aufrufen gäbe es sicherlich Teilnahmeinteresse in der Bevölkerung. • Es wäre sinnvoll, GrippeWeb auszubauen und sich langfristig dem Aufbau eines RKI-Panel zu nähern. Digitale Projekte • Evaluation der CWA wurde auf Mittwoch verschoben • Die Verlinkung aus CWA auf ESRI-Dashboard ist problematisch. • Am vergangenen Wochenende kam es bei der DEA zum Totalausfall des Systems. Unzählige Anfragen werden aktuell von Mitarbeitenden aus anderen Bereichen der Abt. 2 beantwortet. Die Bundesdruckerei will in der nächsten TK eine 24/7 Bereitschaft thematisieren.	

	• In allen digitalen Projekten fehlen ausreichende Mittel zur Umsetzung am RKI.	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Am Freitag ist die aktuelle Risikobewertung neu eingestellt worden.	
5	**Kommunikation** • [redacted] • [redacted] • Für die morgige Bundespressekonferenz mit [redacted] um 11:30 Uhr ist eine kurze Sprechzeit von [redacted] vorgesehen; die Schulproblematik soll dort u.a. aufgegriffen werden. • Update zu Videos und Grafiken: Die Videos und Grafiken zum „Feiern im engen Kreis" und zur Vorquarantäne sind fast finalisiert und vom BMG abgenommen; sie sollen morgen über die sozialen Medien veröffentlicht werden. Die Empfehlung, Kreise nicht zu durchmischen, gilt generell, aber ist zu den Festtagen besonders relevant und dient der Konkretisierung der politischen Beschlüsse. Personen mit leichten Symptomen sollten sich an keinerlei Feiern beteiligen. Eine englische Übersetzung ist wahrscheinlich machbar, weitere wären wünschenswert (z.B. Polnisch, Tschechisch) und könnten über die BZgA kurzfristig beauftragt werden.	BZgA Presse P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Konzept Erhebungen/Instrumente Corona-AK-Status ([redacted], Abt. 2) – s.o. **b) RKI-intern** Veröffentlichung der Größe der Risikogruppen für einen schweren COVID-19-Verlauf • Die bereits vorgestellten Berechnungen sollen im Journal of Health Monitoring veröffentlicht werden, zusätzlich wäre eine Vorabinfo unter Abt. 2 sinnvoll, auf die ggf. im Lagebericht, im Steckbrief oder in den FAQs verwiesen werden könnte. Der Steckbrief bezieht sich regelmäßig nur auf publizierte Daten. • Es wird angeregt, die Daten dem Dt. Ärzteblatt mitzuteilen und ins Pressebriefing zu Beginn aufzunehmen. Präsentation Übersicht nat./int./interne/externe Datenquellen (Folien hier) • Eine Übersicht über national als auch international verfügbare epidemiologische Daten zu COVID-19 mit Links zu Quellen und regelmäßiger Aktualisierung findet sich hier: [redacted] • Bei den nationalen Datenquellen werden Daten aus den Surveillance-Systemen (gesetzlich und Sentinel), andere Datenquellen und Studien aufgeführt, jeweils mit Aktualisierungsintervallen und Freigabe. Die Daten sind z.T.	 FG24 Abt. 3

	ausschließlich für den internen Gebrauch (entsprechend gekennzeichnet). Im Lageberichtsorder finden sich z.B. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen. • Bei den externen Quellen handelt es sich z.B. um Aufbereitungen von ███, der sowohl die Meldedaten als auch Daten der Johns Hopkins University nutzt. • Bezüglich der Todesursachenstatistik kann nicht auf das DIVI-Intensivregister zurückgegriffen werden, da diese sich auf Todesfälle auf Intensivstationen beschränkt. Die Projektgruppe von ███ und das HZI ███ ███ arbeiten zusammen, um grob abzuschätzen, ob die getroffenen Maßnahmen ausreichen werden, um eine Reduktion der täglichen neuen Fallzahlen zu erreichen.	VPräs / ███
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • In FG17 gab es 430 Einsendungen, davon primär Rhinoviren und einige SARS-CoV-2 positiv, ständiger Anstieg des Anteils der positiven Nachweise im AGI-Sentinel über die letzten KW. • FG17 ist erfolgreich an DEMIS angeschlossen und setzt auch Meldungen ab. • Während bei Influenza die Annahme bestand, dass ein positiver Fall im Sentinel für etwa 2.000 Einwohner*innen steht, ist eine ähnliche Ableitung für SARS-CoV-2 nur ein grober Anhaltspunkt, da sich Testvolumen und Sensitivität unterscheiden. • Zeitnah ist keine Änderung der Testkriterien sinnvoll; eine Ausweitung sollte zunächst die leichtsymptomatische Personen erfassen. Die Entlasskriterien werden in der AG Diagnostik diese Woche nochmals diskutiert. Testkapazitäten wurden stark aufgestockt, mittels Förderrichtlinie werden Produktionskapazitäten im Land gefördert; Massentestungen sind jedoch noch nicht umsetzbar. • Bei Massentestungen in Slowenien und Südtirol wurde deutlich, dass die Bevölkerung ein negatives Testergebnis als Schutz missverstanden hat. Dies sollte bei etwaigen Massentestungen beachtet werden. In Österreich gab es umfangreiche Testangebote, jedoch war die Teilnahme deutlich geringer als erhofft (13 bis 20% der Bevölkerung anstelle von 60%). Die dortigen Positivenquoten (PCR-bestätigt) lagen zwischen 0,14% bis 0,5%. • ZBS1: > 1.100 Einsendungen, 308 positiv (23% Positivenrate). Derzeit weiterhin keine App oder DEMIS Anbindung laut IT möglich.	FG17 / alle ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Ab Mitte Januar 2021 sollen weitere monoklonale Antikörper bei frühen und milden Symptomen eingesetzt und über das Apothekennetz verteilt werden.	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** (Folien hier) • Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren	FG36

	• GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche gleichbleibend; Maßnahmen führen zu niedrigen ARE-Raten, höchste Erkrankungszahlen bei den 0 bis 5-Jährigen. ○ Geschätzte ARE in KW 49: ○ 0-5 Jahre: 380.000 ARE (8.000/100.000), davon 18% mit Arztbesuch = ca. 68.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ 6-10 Jahre: 81.000 ARE (2.200/100.000), davon 9% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ 11-14 Jahre: 101.000 ARE (3.400/100.000), davon 7% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE • Inzidenz pro 100.000 Einw. und Anteil übermittelter COVID-19-Fälle nach Altersgruppe: Wiederanstieg bei den 15- bis 20-Jährigen, weniger bei den anderen Altersgruppen, es scheint kein besonderes Geschehen im Schulsetting vorzuliegen, aber durch die Bevölkerungssituation kommt es auch zu einer Betroffenheit bei den Kindern und Jugendlichen. • Ausbrüche in Kindergärten/Horten ○ Relativ konstante Situation in Kitas, etwa 57 Ausbrüche pro Woche in den letzten 4 Wochen. ○ Größte Geschehen KW 49/50: ▪ RP, Ilm-Kreis, 15 Fälle: 6 (0-5), 9 (15+) ▪ HE, Odenwaldkreis, 15 Fälle: 13 (0-10), 2 (15+) ▪ ST, Magdeburg, 13 Fälle: 4 (0-10), 9 (15+) • Ausbrüche in Schulen ○ Anstieg der Zahlen auf hohes Niveau, größere Geschehen sind auf östliche Bundesländer zurückzuführen, der Anteil der Ausbrüche in den Grundschulen steigt an. ○ Größte Geschehen KW 49/50 ▪  ▪ ▪ • Diskussion: Die Zeit des Lockdowns müsste man nutzen, um Empfehlungen zum Wechselunterricht mit digitaler Unterstützung umzusetzen; jedoch ist eine kurzfristige Umsetzung der Empfehlungen sicherlich schwierig. *ToDo*: Pressestelle nimmt Botschaft fürs Pressebriefing auf.	
	Änderung der Meldepflicht bei Antigennachweisen in Einrichtungen ○ Ausgehend von vielen Anfragen zur Meldepflicht von Antigennachweisen in Einrichtungen wie Schulen und Altenpflegeheimen ist fraglich, ob ein Meldepflicht für positive AG-Nachweise besteht und wenn nicht, ob diese sinnvoll wäre. ○ Die Meldepflicht einer Erkrankung bzw. eines Krankheitsverdachts nach § 6 Abs. 1 IfSG ist zwingend an das Vorliegen von Symptomen geknüpft. Dies können selbstverständlich auch vom Betroffenen beschriebene, nur subjektiv wahrnehmbare Symptome sein. Den durch Antigentest positiv getesteten Personen sollte in jedem Fall empfohlen werden, einen Arzt aufzusuchen sowie eine PCR-Nachtestung vornehmen zu lassen. Auf diese Weise würde auch in	FG32 / L1 / alle

<table>
<tr><td></td><td>
diesen Fällen eine entsprechende Meldung aufgrund der Meldepflicht des Arztes bzw. des Labors erfolgen.

Systematisch unterscheidet das IfSG streng zwischen der Meldung des Nachweises von Krankheitserregern (§ 7 IfSG) und der Meldung des Verdachtes einer Erkrankung bzw. der Erkrankung (§ 6 IfSG).
Eine Meldepflicht eines AG-Nachweises in Einrichtungen wäre sinnvoll, weil Symptome bei COVID-19 häufig mild und subjektiv sind, die ein Lehrender nicht feststellen kann; zudem findet die Virusausscheidung häufig schon präsymptomatisch statt, so dass ein positiver Nachweis den Verdacht auf eine Erkrankung begründen sollte. Eine PCR-Bestätigung ist weiterhin sinnvoll, wird in der Praxis jedoch häufig unterlassen. Es wäre trotzdem sinnvoll, dass Gesundheitsämter von positiven Antigennachweisen erfahren, um Maßnahmen in Schulen oder Altenpflegeheimen einleiten zu können. Aktuell wird der Meldetatbestand in medizinischen Einrichtungen durch positiven Antigentest erfüllt, in anderen jedoch nicht, was schwer zu vermitteln ist. Aus klinischer Sicht ist das Vorliegen von Symptomen bei anderen Erkrankungen nicht zwangsläufig Voraussetzung für einen Krankheitsverdacht; auch Labordiagnostik oder Bildgebung können Krankheitsverdacht begründen.
Die Umsetzung der Meldepflicht sollte möglichst unbürokratisch sein.
Eine Übergangslösung, z.B. über eine Verordnung, sollte geprüft werden, eine zeitnahe Änderung des IfSG ist wenig realistisch.

ToDo: [geschwärzt] erstellt mit FG 32, FG36 und Abt. 1 einen Bericht, dass ein positiver Antigennachweis in Einrichtungen aus Sicht des RKI einen Verdachtsfall begründet und dass, falls das BMG diese Auffassung nicht teilt, eine dringende Anpassung des IfSG empfohlen wird.
</td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)
Nicht besprochen.</td><td></td></tr>
<tr><td>14</td><td>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)
Nicht besprochen.</td><td></td></tr>
<tr><td>15</td><td>Wichtige Termine
Nicht besprochen.</td><td></td></tr>
<tr><td>16</td><td>Andere Themen
Nächste Sitzung: Mittwoch 16.12.2020, 11:00 Uhr</td><td></td></tr>
</table>